UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N°116

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA DU TALON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1910

PAR

Charles TEULON

Né à Sommières (Gard), le 24 septembre 1878

Pharmacien de 1re classe

Ancien préparateur de chimie minérale à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier

Lauréat de l'École supérieure de pharmacie

Ancien secrétaire de la Commission sanitaire du département des Pyrénées-Orientales

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse TÉDENAT, Professeur, *Président.*
GILIS, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé
CABANNES, Agrégé
Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA DU TALON

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N°116

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉPITHÉLIOMA DU TALON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1910

PAR

Charles TEULON

Né à Sommières (Gard), le 24 septembre 1878

Pharmacien de 1re classe

Ancien préparateur de chimie minérale à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier

Lauréat de l'École supérieure de pharmacie

Ancien secrétaire de la Commission sanitaire du département des Pyrénées-Orientales

ACAD. MED. DAT. BIBL.

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { TÉDENAT, Professeur, *Président.* / GILIS, Professeur / SOUBEYRAN, Agrégé / CABANNES, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
GILIS, *professeur.*	CABANNES, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

C. TEULON.

A MONSIEUR HENRI FONZES-DIACON

DOCTEUR EN MÉDECINE

DOCTEUR ÈS SCIENCES

PROFESSEUR DE CHIMIE MINÉRALE A L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER

Hommage de son ancien préparateur,

C. TEULON.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR GILIS

PROFESSEUR D'ANATOMIE

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

CHARGÉ DU COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES

PHARMACIEN EN CHEF DE L'ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS

C. TEULON.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA DU TALON

INTRODUCTION

Nous avons voulu, à propos d'une observation de notre maître M. le professeur Soubeyran, faire une brève étude des épithéliomas du talon. Nous ne nous occuperons que de ces derniers, c'est-à-dire de ceux qui siègent dans les régions molles qui recouvrent le calcanéum. Ces productions néoplasiques peuvent dans certaines circonstances gagner les autres parties du pied. S'étendant en profondeur, elles gagnent souvent l'os et l'articulation calcanéo-astragalienne.

Après un historique très succinct de la question, nous essayerons de montrer les causes qui nous paraissent jouer un rôle dans l'étiologie encore obscure de ces néoplasmes. A l'appui de l'action incontestable des lésions irritatives chroniques, nous citerons une observation de M. Paul Berger, parue dans la *Revue de Chirurgie* de 1908, et une autre publiée dans la *Presse Médicale* du

13 juillet 1910, par M. Dubois-Havenith. L'anatomie pathologique nous arrêtera peu.

Nous passerons successivement en revue les signes, l'évolution, les complications, le diagnostic, le pronostic de cet épithélioma. Après avoir énuméré les divers traitements employés jusqu'à ce jour, nous indiquerons celui qui nous paraît le meilleur.

Nous publierons enfin l'observation inédite que nous a communiquée M. le professeur Soubeyran.

Avant d'aborder l'étude de notre travail nous adressons tous nos remerciements à M. le professeur Tédenat pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, et à M. le professeur Soubeyran qui nous en a fourni le sujet.

HISTORIQUE

Ledran et Louis (Mémoires de l'Académie de médecine, t. III, Paris, 1757) croyaient à la nature purement locale d'un grand nombre de cancers de la peau et surtout de la face.

Leur grand sens clinique leur avait montré les analogies et les différences qui existent entre le cancroïde et le véritable cancer ; ils étaient d'avis que le *noli me tangere* de la face est souvent susceptible de guérison complète quand il a été largement opéré.

En 1786, Richter de Gœttingen émettait les mêmes idées ; elles furent adoptées par les chirurgiens d'alors ; Bayle et Cayrol parlant de l'ulcère cancéreux primitif prétendent, tout en rapprochant les *noli me tangere* du cancer, qu'il faut en faire un groupe distinct et que leur gravité est bien au-dessous de celle des autres cancers.

Puis la découverte du microscope permet l'étude anatomo-pathologique de l'affection qui nous occupe.

Jean Müller remarque (1838) qu'il est rare de rencontrer à la peau les formes ordinaires du cancer. Ecker en 1844 découvrit que certains prétendus cancers des lèvres étaient dus à la pénétration dans le derme de boyaux

épithéliaux provenant des bourgeons interpapillaires hypertrophiés du corps muqueux.

Nélaton en 1844, dans son Traité des éléments de pathologie chirurgicale, consacre un intéressant article à l'étude de l'ulcère chancreux, il en fait une affection sans action sur les ganglions.

Hanover crée en 1852 le mot d'épithélioma.

Payet (1853), dans son ouvrage sur les tumeurs, consacre un long article à l'étude du cancer épithélial et reconnaît entre ce dernier et le cancer une différence de degré ou de malignité mais non de nature (car l'épithélioma de la peau n'était pas considéré comme un cancer). Puis, paraît le Traité des tumeurs dans lequel Broca décrit l'histoire d'une affection analogue à l'épithélioma simple ou multiple : c'est le polyadénome et le monoadénome. Il divise les polyadénomes en circonscrits et diffus ; il dit en parlant de ces derniers : « Les polyadénomes diffus sont disposés à s'ulcérer, à se propager, à récidiver et à se comporter comme des cancroïdes ; ces accidents sont le résultat de leur transformation en épithéliomes. »

Fürher, après examen de quelques tumeurs épithéliales, reconnut qu'il en existait plusieurs variétés et distingua une forme papillaire due à l'hypertrophie des bourgeons interpapillaires de l'épiderme et une forme profonde ou acineuse résultant du bourgeonnement des follicules pileux et des glandes. Cet auteur n'avait en vue que les glandes sébacées et ce furent Remak et Verneuil qui commencèrent l'histoire de l'épithélioma des glandes sudoripares.

En 1874, Follin puis Dubuclet constatent que l'épithélioma au début est généralement unique, multiple très rarement ; plus tard cette généralisation est fréquente,

mais elle est due à la généralisation par infection ganglionnaire.

M. Durrier, en 1880, publie dans les *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique* un important mémoire sur l'épithéliome des glandes sudoripares.

En 1896, thèse de M. Victor Hellé (tumeurs du calcanéum).

En 1908, article de M. Paul Berger dans la *Revue de chirurgie* sur « Epithéliome du talon développé autour d'un séquestre résultant d'une ostéomyélite ancienne du calcanéum ».

En 1910, observation publiée dans la *Presse médicale* du 13 juillet, par M. Dubois-Havenith.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie de l'épithélioma du talon est aussi obscure que celle des néoplasies cancéreuses en général : toutefois nous allons essayer de montrer quelques influences étiologiques qui interviennent ici. Le talon est assez rarement le siège de l'épithélioma.

C'est un des tristes apanages de l'âge mûr et de la vieillesse.

On faisait jouer autrefois un rôle considérable à l'hérédité dans la genèse de l'épithélioma. Sans aller jusqu'à nier complètement l'influence de ce facteur, on a une tendance de nos jours, et avec juste raison, à diminuer son importance, et Snow, sur 1.075 cancéreux, n'a rencontré des antécédents héréditaires que dans 15,7 0/0 des cas.

Il semble que ce chiffre doit être encore bien diminué pour les cancers des extrémités, et pour ceux du talon surtout.

Ici en effet les lésions antérieures jouent un rôle considérable. Le mal perforant, les troubles trophiques en diminuant la vitalité des tissus, les escarres, les ulcères,

les brûlures, prédisposent à la dégénérescence épithéliomateuse des organes qu'ils atteignent.

L'influence d'une lésion irritative chronique agissant après une longue durée sur le développement et la localisation d'un épithélioma n'a rien qui puisse nous surprendre.

Pour juger de la fréquence avec laquelle ces causes irritatives font sentir leur influence sur le développement du cancer des membres, M. Michael rapporte 2 cas où une ostéite a précédé le développement d'un épithélioma du talon.

Paul Broca, Ollier, Vallas ont aussi vu une ostéite fistuleuse du calcanéum dégénérer en épithélioma de cet os.

Péan, dans ses cliniques, a rapporté lui aussi plusieurs faits analogues.

Enfin, M. Paul Berger rapporte une observation des plus intéressantes que nous publions in extenso, ayant trait à un malade qui, atteint à l'âge de 19 ans d'une ostéomyélite suppurée du calcanéum, vit persister, après la disparition des phénomènes graves, une fistule suppurative sur laquelle vint se greffer à 42 ans un épithélioma.

Observation I

(Empruntée à M. Paul Berger)

Le cas dont nous rapportons l'observation concernait un homme employé au chemin de fer du Nord, demeu-

rant à Tergnier, dans l'Aisne, âgé d'un peu plus de quarante ans, vigoureux, de complexion robuste, qui, depuis trente mois environ, avait remarqué le développement d'une tumeur qui s'était rapidement ulcérée au talon.

Cette tumeur occupait la pointe du talon : elle avait la forme d'une brioche. Sa partie la plus proéminente était constituée par une sorte de chou-fleur, resserré à sa base et présentant un pédicule très large à partir duquel la tumeur paraissait s'épanouir.

Ce chou-fleur était composé par des saillies lobulées, séparées les unes des autres par des sillons d'où la moindre pression faisait sortir des détritus épithéliaux d'aspect caséeux, et présentant une odeur spéciale et une horrible fétidité. Les débris caséeux sortaient tantôt en masses compactes, tantôt se laissaient exprimer avec l'apparence si caractéristique des vermiotes dont la présence caractérise un grand nombre d'ulcérations épithéliales. Cette tumeur était d'ailleurs très solide, assez dure, elle ne se laissait pas pénétrer ni diviser par le doigt ; mais en son centre existait non seulement une ulcération qui en occupait la partie la plus saillante, mais un véritable cratère qui pénétrait jusque dans la partie la plus profonde de la tumeur. Outre cet orifice central, il en existait deux ou trois autres, creusés vers la périphérie, qui conduisaient aussi le stylet dans la profondeur et d'où l'on faisait sortir par la pression une quantité de pus fétide et des productions fromageuses analogues à celles que l'on exprimait des sillons interlobaires de la tumeur et du cratère central.

La peau qui circonscrivait le pédicule et la tumeur se terminait par un contour arrondi au niveau duquel elle n'était ni amincie, ni décollée au loin ; cette peau était au

contrairé épaissie surtout vers le contour interne de la tumeur ; elle présentait à ce niveau, et jusqu'au sillon qui sépare la malléole interne du tendon d'Achille, une sorte de bourgeonnement formé par des végétations sessiles aplaties, nullement pédiculisées, peu élevées, dures elles-mêmes et présentant la même consistance que les lobules plus saillants qui formaient la tumeur proprement dite. Au-dessous de cette peau épaissie et végétante, on sentait à ce niveau des battements de la tibiale postérieure, soulevée par un plan résistant. Cherchant ce que ce plan pouvait être, on reconnaissait qu'il était formé par la face interne du calcanéum qui soulevait les téguments et qui semblait notablement augmentée de volume. La palpation faisait, en effet, reconnaître que la tumeur pédiculée en forme de choufleur, qui occupait la pointe du talon, reposait sur une autre tumeur globuleuse sous-jacente aux téguments et qui paraissait n'être autre que le calcanéum très volumineux augmenté dans son diamètre transversal et présentant des dimensions de beaucoup supérieures à celles de la partie postérieure et du corps d'un calcanéum ordinaire.

Complétant l'examen de la tumeur par l'exploration au stylet de son cratère central et des orifices fistuleux accessoires situés sur les côtés de celui-ci, on arrivait à une profondeur de plusieurs centimètres dans une grande cavité située au centre même du calcanéum, et sur les limites de laquelle l'instrument rencontrait partout un contact osseux ou tout au moins ferme et résistant.

Je négligeai malheureusement de pratiquer cet examen avec deux ou plusieurs stylets simultanément introduits dans les trajets fistuleux et cette omission ne me permit

pas de constater aussitôt un des caractères les plus curieux de la lésion en question.

Notons enfin l'existence, dans le triangle de Scarpa, d'un ganglion engorgé, assez volumineux, mais mou plutôt que dur, qui en occupait le centre.

Le diagnostic, dans ces circonstances, ne pouvait prêter à aucune incertitude ; l'aspect, la consistance du fongus, l'état de la peau environnante indiquaient clairement qu'il s'agissait d'un épithélioma du talon. On eût pu, à la vérité, penser à une ostéite tuberculeuse du calcanéum ayant déterminé une excavation centrale de cet os d'où serait sortie une masse de fongosités tuberculeuses ; la tumeur était ferme et plutôt dure ; ni à son centre, ni dans les parties périphériques confinant à sa base, elle ne présentait de fluctuation ni de fausse fluctuation comme celle que l'on constate lorsque la peau est soulevée par des amas de fongosités tuberculeuses. Les produits résultant de l'expression de la tumeur présentaient d'ailleurs cet aspect caractéristique de vermiotes qu'on ne trouve guère que dans les productions épithéliomateuses et qu'on ne peut confondre avec les masses caséuses qu'on extrait des foyers tuberculeux en voie de ramollissement. Non seulement leur aspect mais leur odeur était tout à fait caractéristique. Le sillon cutané qui circonscrivait la partie la plus saillante de la tumeur, le fongus cancéreux, n'était pas aminci, décollé comme le sont les bords d'une ulcération tuberculeuse ; la peau à ce niveau, non seulement adhérait au contour du pédicule, mais elle était épaissie, et elle présentait une altération consistant dans la production de végétations sessiles aplaties, ressemblant, sauf leurs dimensions plus restreintes, à celles qui composaient le fongus lui-même. De leur examen résultait l'impression et même la certi-

tude que ce travail de bourgeonnement se continuait et se préparait sur la partie elle-même qui entourait le pédicule du champignon et qu'il devait graduellement accroître le volume de cette masse néoplasique. Enfin les articulations voisines du calcanéum paraissaient absolument indemnes de lésions, fait absolument insolite quand il s'agit des articulations conjointes d'un os du tarse atteint lui-même de lésions tuberculeuses graves. D'ailleurs l'examen au stylet rencontrant partout une surface résistante, lisse et ferme, ne donnant nulle part la sensation de pénétration qui indique la friabilité particulière aux os atteints de lésions tuberculeuses ou de carie, excluait presque aussitôt l'hypothèse d'une semblable affection.

Ce diagnostic d'épithélioma du talon développé autour d'une affection de même nature occupant le calcanéum, reçut bientôt sa confirmation de l'examen de la pièce pathologique avant même que fût pratiquée l'opération à laquelle je me résolus d'avoir recours pour le combattre.

Je me résolus en effet, avant de recourir à cette opération et d'adopter même un plan chirurgical définitif, à pratiquer l'ablation complète du calcanéum malade ainsi que des parties molles qui l'entouraient et qui étaient atteintes par le mal, afin de voir jusqu'à quel point cette exérèse, faite assez complètement pour donner toutes les chances d'une guérison définitive, pouvait se concilier avec la conservation d'un membre utile.

Dans cette première opération pratiquée dans les derniers jours de janvier 1906, je circonscrivis les parties malades à 2 ou 3 centimètres en dehors du sillon qui limitait le fongus central de la tumeur, par une incision qui, traversant les parties molles saines, pénétrait jusqu'à la surface du calcanéum. Je pus éviter de blesser

l'artère tibiale postérieure et le nerf voisin en les séparant de tous les tissus malades et même suspects. Ayant ainsi circonscrit le tissu pathologique, sectionné le tendon d'Achille, deux sections faites avec le ciseau ondulé d'Hennequin, l'une horizontale divisant l'astragale, l'autre verticale sectionnant le calcanéum, un peu en arrière de son apophyse antérieure de son articulation avec le cuboïde, me permettent de détacher toute la pièce pathologique et de m'assurer que celle-ci avait bien été enlevée en entier et que les sections avaient partout porté sur l'os et sur les parties molles saines. Restait le ganglion du triangle de Scarpa que j'extirpai pour en faire l'examen. Voici ce que m'apprit l'inspection de cette pièce :

Une coupe verticale antéro-postérieure du fongus et du calcanéum, divisant la tumeur en deux parties égales et passant par le centre du cratère et du trajet fistuleux qui y aboutit, fait constater que la partie postérieure du calcanéum est creusée d'une vaste géode dont l'orifice, situé en arrière et en bas, correspond au fongus cancéreux qui y pénètre et qui le remplit de ses végétations. Au centre même de cette cavité, enchâssé en quelque sorte dans les végétations qui partent de sa surface interne, on voit un volumineux séquestre de 2 à 3 centimètres de dimensions antéro-postérieures, de 2 à 3 centimètres de hauteur et d'épaisseur. Ce séquestre est compact, dur, parfaitement mobile, et, par un mouvement de bascule qu'on lui imprime, on parvient à le dégager des bourgeons charnus qui l'entourent et à le faire sortir de sa cavité où il est comme enchâssé. Ce séquestre, qui provient évidemment des parties centrales et postérieures du calcanéum nécrosé depuis longtemps, est dur et noir comme de l'ébène. Tout autour de lui les végétations du fongus partent de la face interne de la cavité

osseuse ou plutôt de son revêtement interne qui paraît constitué par les téguments du talon; ceux-ci semblent avoir été attirés peu à peu dans la cavité osseuse par le le travail de rétraction cicatricielle qui s'opère toujours autour des orifices fistuleux de cette espèce. Les bourgeons qui remplissent la cavité centrale du calcanéum, qui enserrent le séquestre et qui se continuent tout le long de l'orifice fistuleux avec ceux qui, aboutissant à sa partie superficielle, forment le fongus cancéreux, se correspondent par des faces parallèles, pressées et aplaties les unes contre les autres par pression réciproque. Ils sont semblables à ceux qui naissent de la surface cutanée autour de la base du fongus et dont ils ne se distinguent que par leur plus gros volume.

Ils ont d'ailleurs la même consistance ferme, la même disposition lobulée. La nature épithéliomateuse de ces productions, facile à déterminer par l'inspection directe, est d'ailleurs établie par l'examen histologique très détaillé et très complet que M. le docteur Herrenschmidt, chef de laboratoire de clinique, a fait de la pièce en question. Nous le reproduisons tel que l'a rédigé M. Herrenschmidt lui-même.

« Le calcanéum est creusé d'une cavité dans laquelle est logé un séquestre d'os nécrosé. La cavité communique avec l'extérieur par une fistule de 2 à 2 cm. 1/2 qui s'ouvre en arrière sur la ligne médiane, à 4 centimètres environ au-dessus de la surface du sol; l'ouverture de cette fistule entourée d'un gros chou-fleur végétant de 5 centimètres de diamètre qui forme collerette autour de l'orifice par lequel s'écoule du pus.

Sur la pièce sciée en deux, dans le plan sagittal de la fistule, on aperçoit clairement : le calcanéum, sa cavité, son séquestre, la fistule, la végétation de l'orifice qui sur

la tranche dessine des lobules et circonvolutions comparables à celles du cerveau.

Avec la pièce principale a été extirpé un ganglion inguinal gros et mou.

Les coupes pratiquées pour l'examen microscopique comprennent :

a) La peau au voisinage de la végétation néoplasique.

b) Le chou-fleur néoplasique.

c) Le trajet fistuleux.

d) Le ganglion inguinal.

a) L'épiderme est épaissi. A la place des papilles et des prolongements interpapillaires normaux on voit des prolongements de l'épiderme qui pointent, irréguliers et nombreux, vers la profondeur.

Le derme est normal. Beaucoup de glandes sudoripares. Un demi-centimètre avant le pédicule du chou-fleur l'épiderme végète plus activement. Les pointes de tout à l'heure s'allongent et s'entr'anastomosent. Ce tissu sous-cutané est plus dense, enflammé et scléreux. Il y a des amas lymphocytaires, surtout périvasculaires.

b) Le chou-fleur néoplasique a tout à fait la structure du papillome superficiel végétant. Le maximum d'épaisseur de l'épiderme est d'un centimètre. Les lobes et circonvolutions qui composent la végétation cancéreuse ont chacun un axe conjonctif grêle, fait de tissu connectif délicat et contenant un vaisseau. Autour de cet axe le revêtement épithélial est démesurément épais et prolifère en gros bourgeons dans lesquels on reconnaît la succession des différentes couches de l'épiderme : la couche malpighienne est particulièrement développée,

Par la multiplicité des lobes végétants et l'incurvation de leurs axes, la prolifération se fait dans toutes les directions, les bourgeons voisins se compriment, se soudent quelquefois les uns aux autres et essaiment des îlots épidermiques dans la profondeur.

La structure de cet épithélium végétant est celle d'un épithélium pavimenteux superficiel ordinaire. Il y a cependant peu de perles cornées : la prolifération semble être à la fois trop fragile pour en constituer ; le centre des globes se désagrège avant que le processus de kératinisation ait pu s'accomplir complètement.

Dans la profondeur : du tissu conjonctif, dense, enflammé.

c) Le trajet fistuleux est bordé également d'épithélium végétant d'une épaisseur de 4 à 5 millimètres. Histologiquement c'est le même type exactement dans ce trajet qu'au niveau de l'orifice. L'ensemble est cependant moins désordonné que dans le chou-fleur ; les prolongements cancéreux ont tous à peu près la même direction, perpendiculaire à l'axe du canal.

Il est probable que la fistule a été épidermisée avant que de se cancériser, et que la couche cancéreuse tapissant la fistule n'est pas un envahissement de proche en proche, mais est née sur place sous l'influence des mêmes causes qui ont déterminé la prolifération néoplasique autour de l'orifice.

d) Le ganglion inguinal ne renferme aucune métastase cancéreuse. Par contre, on y voit quelques cellules géantes isolées en plein tissu lymphoïde, sans zone de dégénérescence caséuse.

Cancroïde papillomateux né à l'orifice d'une fistule osseuse suppurante, probablement sous l'influence de

l'irritation chronique causée par les sécrétions venant de la cavité du calcanéum. »

Il résulte de l'analyse anatomique qu'on vient de lire que la lésion du talon est bien constituée par un épithélioma développé aux dépens du revêtement interne d'une cavité du calcanéum. Celle-ci résultait évidemment d'une ostéite ancienne nécrosique de cet os, ayant donné lieu à un volumineux séquestre qui est resté engaîné dans le centre de l'os insuffisamment ouvert pour lui donner passage. Les téguments du talon, attirés dans cette cavité par le travail de rétraction qui s'est développé à sa surface interne, sont devenus le point de départ du développement d'un épithélioma ; celui-ci, quoique occupant le centre du calcanéum, est bien un épithéliome cutané, ainsi que le prouve l'examen microscopique des fongosités dont il se compose, ainsi que le prouve aussi la propagation du travail néoplasique qui gagne la circonférence de l'ulcération du talon et qui s'étend actuellement à une certaine distance sur la peau qui entoure le cratère ulcéreux.

Quelle était donc la nature de cette ostéite, origine première de tout le travail pathologique? L'examen seul de la pièce et les caractères du séquestre engaîné dans la cavité du calcanéum montraient qu'il s'agissait d'une ostéomyélite ancienne ; et il suffit en effet de se reporter à l'histoire du malade et à ses antécédents pathologiques pour y retrouver la trace indiscutable d'une ostéomyélite infectieuse du calcanéum ayant eu son origine et évolué dans son adolescence.

En interrogeant le malade, on apprit qu'à l'âge de 19 ans (il en a quarante-deux actuellement), il avait été pris tout à coup, au milieu de symptômes graves, d'un

gonflement du talon qui s'était accompagné d'excessives douleurs, d'un état général inquiétant et de fièvre. Le gonflement était devenu excessif, les douleurs intolérables ; puis, au bout de quelques semaines, un abcès s'étant fait jour, la tuméfaction avait aussi diminué ; bientôt la fièvre était tombée aussi, après l'évacuation de l'abcès. Peu à peu l'état étant redevenu bon, la détente était survenue, mais le malade, malgré les apparences du retour à la santé, avait conservé une suppuration qui trouvait son issue par un orifice situé à la partie la plus postérieure et la plus saillante du talon. Cette fistule était-elle toujours restée ouverte ? L'écoulement purulent s'était-il jamais tari ? Pas pour longtemps en tout cas ; si de temps en temps la suppuration paraissait diminuer et ne pas mériter de pansement, en d'autres moments l'écoulement augmentait d'abondance. Enfin le malade s'étant peu à peu aperçu qu'au niveau du point qui donnait passage à ces écoulements se produisait une sorte de verrue, que celle-ci s'accroissait par l'adjonction d'autres saillies semblables ; enfin le gonflement croissant de la région l'avait déterminé à demander un conseil.

M. Dubois-Havenith publie à son tour un cas d'un homme atteint d'un vaste épithélioma du talon attribué à une blessure qui lui a été faite par un clou à sa bottine.

Observation II

Presse médicale, 10 juin 1910

Vaste épithélioma végétant du talon

M. Dubois-Havenith présente un homme atteint de cette lésion, qui est surtout intéressante par la rareté de sa localisation.

Cet homme est âgé de 56 ans. Son mal a débuté il ne saurait trop dire à quelle époque. Toujours est-il qu'il l'attribue à une blessure que lui a faite au talon un malencontreux clou de sa bottine. Une petite plaie en est résultée, saignant facilement et ne présentant aucune tendance à la cicatrisation. D'autre part, il n'a guère eu le temps ni l'occasion de se soigner, et il s'est borné à des pansements sommaires avec de l'eau boriquée ou des morceaux de lard (!)

Il est peintre en bâtiment, s'est beaucoup fatigué, et son travail à l'échelle lui a le plus souvent été particulièrement pénible.

L'épithélioma végétant occupe tout le talon droit. Dans l'aine correspondante, on trouve un gros ganglion suspect.

M. Dubois-Havenith se demande ce qu'il faut faire.

Fau-il intervenir chirurgicalement ? Extirper toute la tumeur, ainsi que les ganglions de l'aine ? Vaut-il mieux pratiquer l'amputation du pied pour se mettre le plus sûrement possible à l'abri d'une récidive ?

On pourrait aussi avoir recours au radium ou à la radiothérapie. Personnellement, M. Dubois-Havenith serait plutôt d'avis d'intervenir chirurgicalement le plus promptement et le plus radicalement possible.

M. Lippens estime que l'étendue des lésions et l'envahissement des ganglions inguinaux nécessiteraient une intervention très large dont le patient ne bénéficierait peut-être pas, et qu'il serait plus prudent de traiter localement la lésion du talon et de faire de la radiothérapie au niveau de l'épithélioma et au niveau des ganglions.

M. J. Godart fait remarquer que la tuméfaction des ganglions inguinaux n'implique pas nécessairement leur nature cancéreuse. Au niveau de cet épithélioma végétant, il y a, sans nul doute, de l'infection secondaire, et celle-ci suffit à provoquer l'engorgement ganglionnaire.

De plus, ces formes épithéliomateuses sont, toutes proportions gardées, assez bénignes. M. Godart a souvenance d'une affection analogue (vérifiée histologiquement, localisée à la vulve et opérée il y a 15 ans par M. Jacobs. L'année suivante, il a enlevé les ganglions de l'aine (pas d'examen microscopique) et la guérison s'est maintenue.

M. Steinhaus a vu 3 cas identiques à celui-ci. Dans tous les trois il a constaté au microscope la nature maligne et de la lésion et des ganglions. Ces malades ont été opérés et la guérison s'est maintenue au moins pendant 5 ans. Dans ces tumeurs, la généralisation n'est pas la

règle. Rien n'empêche d'ailleurs d'associer la radiothérapie à l'intervention sanglante.

Enfin l'inflammation chronique, par les chaussures, des petites plaies du talon a aussi transformé en épithélioma la lésion primitive.

FORMES

On peut décrire trois formes de l'épithélioma du talon :

1° L'épithélioma qui se montre sous forme d'une verrue plus ou moins volumineuse, dure, vascularisée. Au bout d'un certain temps la tumeur s'ulcère, se recouvre de croûtes noirâtres au-dessous desquelles on voit suinter un liquide sanieux plus ou moins abondant.

En même temps l'infiltration épithéliale se fait en surface et en profondeur de manière à élargir la base d'implantation de la tumeur.

2° L'épithélioma dermique présente les mêmes symptômes et la même marche, avec cette différence qu'il débute par une tuméfaction du derme au lieu de commencer par une hypertrophie papillaire.

3° L'épithélioma glandulaire dans les glandes sudoripares et sébacées.

Il a une forme circonscrite et l'aspect d'un bouton indolent n'ayant aucune tendance à l'ulcération.

La forme diffuse commence par une tuméfaction mal circonscrite qui a une tendance à s'étaler et à se transformer en ulcère.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sur une coupe d'ensemble faite sur un épithélioma du talon on reconnaît une partie saillante qui répond à la section du bourrelet de la pièce ; cette partie constitue la tumeur proprement dite ; on voit à ce niveau un tissu rappelant, à un faible grossissement, l'aspect général d'une glande, c'est-à-dire une division irrégulière en gros lobes, subdivisés en lobules, lesquels présentent eux-mêmes des saillies latérales en culs-de-sac irréguliers.

On voit qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé et perlé. A la périphérie se trouve de la peau saine ou commençant à être envahie par la néoplasie. Enfin, en allant de la tumeur aux parties saines, on a des formations sous-épidermiques très accentuées, puis un peu moins, enfin à peine apparentes. On a ainsi toutes les transitions entre les régions saines et celles qui sont complètement envahies par l'épithélioma.

On voit une région déprimée sur laquelle la partie la plus saillante de la tumeur surplombe en cap : cette partie correspond à la partie centrale de la pièce, région dans laquelle la formation cancroïde paraît déjà à l'œil nu s'être résorbée.

L'épiderme se continue sans interruption sur toutes les diverses parties ; un peu plus irrégulier, il s'en détache de fortes lamelles de desquamations au niveau du bord saillant où la tumeur proprement dite surplombe la région en voie de rétrogradation.

Si nous étudions successivement les coupes pratiquées :

1° Dans la peau saine on trouve l'épiderme avec sa couche cornée et le corps de Malpighi qui repose sur une couche dermique papillaire formée de substance amorphe et d'un tissu conjonctif dermique formé de faisceaux de fibres conjonctives et renfermant des vaisseaux relativement volumineux. On y trouve des poils, des glandes sébacées et sudoripares ; mais ces éléments sont clair-semés.

2° Dans la région voisine de la tumeur on trouve des prolongements interpapillaires du corps de Malpighi plus ou moins tubuliformes ou légèrement renflés à leur extrémité profonde, c'est-à-dire vers la partie moyenne du tissu papillaire du derme.

D'autres prolongements descendent, 2 ou 3 fois plus profondément que les précédents, de façon à venir se loger dans le tissu conjonctif du derme. Ces prolongements en forme de grosses massues sont alors formés par un pédicule qui les rattache au corps de Malpighi de l'épiderme sous-jacent, pédicule qui tend à se rétrécir de plus en plus, et par une portion intra-dermique très fortement renflée, irrégulièrement sphérique.

3° Examen du corps de la tumeur proprement dite :

a) Les lobules en alvéoles du tissu épidermique sont disposés en chapelet les uns à la suite des autres ou appendus latéralement les uns aux autres, les plus petits rattachés aux plus gros par des pédicules plus ou moins rétrécis.

b) Dans l'intérieur, au centre des gros lobules, des globes épidermiques sont disposés en nombre variable avec leur aspect caractéristique des couches concentriques analogues aux écailles d'un oignon.

Notons encore que les cellules épidermiques les plus voisines de ces globes sont minces, aplaties et fort semblables aux éléments de la couche cornée de l'épithélium normal. Mais les cellules qui sont plus en dehors sont remarquables par leur volume considérable, leur gros noyau avec nucléole, et enfin l'aspect lenticulé de leur contenu.

Le tissu conjonctif qui forme entre ces lobules des travées ramifiées, est à ce moment riche en vaisseaux et en jeunes éléments cellulaires appuyés surtout au voisinage immédiat des vaisseaux.

4° Les formes de passage qui relient l'état de la peau au niveau de la tumeur à l'état qu'elle présente dans les parties où la régression est complète, ne s'observent pas également bien sur tous les points de la périphérie de l'espace déprimé ; en quelques régions il n'y a aucune transition entre les alvéoles ou lobules épithéliaux largement développés et les tractus d'apparence graisseuse.

Faisons donc la description d'une coupe pratiquée dans la partie moyenne de la région déprimée circonscrite par le bourrelet de la néoformation. Ici l'épiderme dans son ensemble est un peu plus mince que dans la peau saine. Comparativement à la peau saine la différence essentielle se trouve dans le derme où le corps papillaire a disparu en temps que formé de substances amorphes avec de fines fibres conjonctives : on trouve, en effet, que le derme est ici constitué dans toute son épaisseur par des faisceaux serrés de tissu conjonctif, faisceaux

entre-croisés dans tous les sens et parcourus par un riche réseau vasculaire.

Il y a un véritable tissu cicatriciel, lequel s'est développé par transformation des éléments signalés dans les cloisons qui séparaient les alvéoles de la tumeur. De plus, on trouve aussi dans ce tissu cicatriciel des masses de cellules à aspect graisseux, cellules dans lesquelles il sera juste de reconnaître des éléments épidermiques dégénérés et en voie de résorption.

Ces cellules sont très différentes les unes des autres, même pour des éléments placés côte à côte. Quant à leur degré de dégénérescence, les unes étant réduites à une petite sphère de matière caséuse, les autres ayant conservé un noyau bien distinct et encore bien colorable par le carmin, c'est parmi cette dernière qu'on trouve des éléments qu'il est impossible de méconnaître comme cellule épithéliale.

De cette étude deux conclusions importantes semblent clairement ressortir.

a) L'origine de la tumeur épithéliale est uniquement dans les parties interpapillaires du corps de Malpighi.

Les follicules pileux, glandes sébacées et glandes sudoripares ne prennent aucune part à la néoformation : elles la subissent et quelques-unes lui survivent, n'offrant que de légères déformations par compression.

b) La rétrogradation des éléments de la tumeur est due à un processus inflamatoire du derme, d'où formation de tissu conjonctif cicatriciel qui étrangle les lobules de la tumeur, les envahit et en amène la résorption.

DONNÉES CLINIQUES

L'affection débute sous des formes variables et insidieuses, et ce polymorphisme explique la richesse de dénominations qui ont servi à le caractériser.

Le plus souvent l'épithélioma se manifeste sous forme de bouquets de papilles hypertrophiées auxquelles l'épiderme épaissi forme un étui conique de couleur grise qu'on peut détacher facilement.

Quelquefois la lésion se manifeste sous forme de petits mamelons de la grosseur d'un grain de millet et de couleur grisâtre et rosée. La néoplasie peut débuter par un tubercule de dimensions généralement minimes, presque toujours sessile, souvent déprimée en son centre, ayant une consistance ferme, mais pouvant être mou et fongueux.

Dans quelques cas l'épithélium offre au début l'apparence d'une fistule grisâtre ou pointillée de rouge, dont les bords coupés à pic et indurés n'ont aucune tendance à la cicatrisation ; mais ce mode de début, fréquent dans les néoplasies épithéliales voisines des orifices naturels, est assez rare au talon.

Le diagnostic devant un tel polymorphisme est difficile,

d'autant plus que ces épithéliomas, comme nous l'avons dit, naissent très souvent sur toutes sortes de lésions : durillons, plaies banales, brûlures, lupus, etc. Il est presque impossible de saisir le moment de la dégénérescence et la reconnaissance de la tumeur n'est faite que lorsqu'elle est déjà assez développée.

Au point de vue fonctionnel rien n'est caractéristique dans le début de ces néoplasies.

Les malades se plaignent quelquefois de vives démangeaisons, incitant le patient à s'excorier la peau. Ces épithéliomas sont souvent indolores. Ils peuvent être aussi dans certains cas le siège de douleurs vives irradiées dans la jambe et la cuisse, provoquées par la marche ou spontanées.

La peau du voisinage peut être luisante, roussâtre et tendue, parcourue par des veines dilatées. Ils saignent très facilement et le moindre grattage donne un écoulement sanguin d'ailleurs peu important.

Dans la majorité des cas l'épithélioma est unique, mais ce n'est pas une règle, il peut y en avoir plusieurs.

Rarement la malade consulte le médecin au début du mal. Surtout s'il se greffe sur une lésion ancienne et d'une faible gravité, l'épithélioma est complètement négligé ou traité par des topiques variés ; il continue son évolution qui est très lente.

A un moment se produit une légère ulcération superficielle. Cette surface ulcérée laisse quelquefois écouler deux ou trois gouttes de sang ; elle fournit toujours une faible quantité d'humeur claire qui se concrète à sa surface et donne lieu à la production de squames épidermiques du début : leur surface est inégale, leur couleur jaune ou grisâtre, quelquefois même presque noire

quand une petite quantité de sang a été versée par les capillaires de la partie malade.

Ces croûtes de nouvelle formation peuvent acquérir une épaisseur assez grande ; amenant des démangeaisons par l'irritation de la chaussure, elles sont arrachées par le malade, se reproduisent, et la même série de phénomènes se renouvelle en de plus ou moins longs intervalles, à chaque fois l'ulcération fait de nouveaux progrès.

L'envahissement de l'épithélioma est donc continuel, et quand, après cette période qu'on peut appeler préulcéreuse, l'ulcère s'est produit, il présente les caractères suivants :

Description de l'ulcération. — Les dimensions de la surface ulcérée sont très variables, le fond en est très irrégulier ; là ce sont les excavations, plus loin des bourgeons charnus exubérants saignant au moindre contact.

Ce fond, tantôt rouge sale ou violacé, tantôt pointillé de rouge ou blanchâtre par suite d'un enduit pulpeux, sécrète une sanie mal odorante. Les bords de l'ulcère sont généralement saillants, rugueux, renversés, durs : quelquefois moins abrupts ils conduisent par une pente douce des parties saines vers le fond de l'ulcère. Par leur face regardant l'ulcère, ces bords sont humides et rosés, leur périphérie est sèche, croûteuse, écailleuse.

Au delà de ces bords, la peau est souvent striée de vaisseaux sanguins dilatés, elle est luisante, tendue et chaude.

A côté de cette forme ulcéreuse rougeâtre qui certes est la plus fréquente, nous devons cependant mentionner la forme végétante dans laquelle il y a formation de

bourgeons charnus exubérants qui peuvent, dans leur développement excessif, dépasser le niveau des parties saines voisines.

C'est la forme végétante « en chou-fleur ». Il est un caractère constant qui est un signe clinique de premier ordre, c'est l'absence de toute limitation de la tumeur ; on ne sait ni où elle commence exactement, ni où elle finit, parce qu'autour d'elle il y a toujours des portions qui sont à demi envahies et celles-ci sont dures au toucher.

Ganglions. — Tout le monde s'accorde à donner une importance considérable à l'état des ganglions des régions les plus voisines dans tout épithélioma. Aux extrémités des membres, et au talon surtout, la métastase cancéreuse, quand elle existe, suit la voie lymphatique et envahit les ganglions du triangle de Scarpa et ceux de l'aine.

Dans les néoplasies du talon, l'envahissement des ganglions est un peu particulier. Il ressort des observations que nous avons réunies que, dans la majorité des cas, il n'existe pas si l'on a pu intervenir assez tôt, et, lorsqu'il existe, il est d'habitude tardif.

Dans le cas rapporté par M. Paul Berger, et dont nous avons publié l'observation, existait un volumineux ganglion mou plutôt que dur, occupant le sommet du triangle de Scarpa. Son examen microscopique a montré qu'il ne renfermait aucune métastase cancéreuse, mais seulement quelques cellules géantes isolées en plein tissu lymphoïde sans zone de dégénérescence caséeuse.

Dans l'observation inédite que nous rapportons, la maladie avait débuté un an environ avant l'opération. On a noté l'absence complète d'engorgement ganglionnaire de l'aine.

M. Steinhaus, dans 3 cas identiques, a, au contraire, noté au microscope la nature maligne des ganglions.

Quoi qu'il en soit, même lorsque la tuméfaction existe, l'examen histologique a prouvé qu'elle était due souvent à une infection secondaire.

Complications.— Abandonné à lui-même l'épithélioma du talon augmente considérablement de volume. Il peut même envahir les os sous-jacents et les articulations.

Les os deviennent friables et, comme ils supportent le poids du corps, peuvent se fracturer spontanément. Alors l'état général, qui jusque-là s'était bien conservé, devient mauvais. Les malades maigrissent. La cachexie apparaît lentement annonçant l'issue fatale.

Il est rare de voir la maladie évoluer jusque-là. Souvent les malades sont emportés par une affection intercurrente, car la marche de l'épithélioma lui-même est d'une extrême lenteur et ne retentit que longtemps après son apparition sur l'état général. La mort par généralisation de l'épithélioma est très rare.

Mais l'épithélioma n'a aucune tendance à la cicatrisation naturelle. Sa marche, quoique lente, est toujours ascendante et une intervention tardive a comme conséquence d'obliger le chirurgien à une opération radicale, et augmente chez le malade les chances d'une récidive.

DIAGNOSTIC

Les caractères cliniques de l'épithélioma du talon sont: sa marche très lente, sa forme en chou-fleur d'abord, puis l'ulcération à bords indurés, taillés à pic, renversés, son aspect végétant avec écoulement de matières sanieuses et sa tendance à s'accroître tant en largeur qu'en profondeur.

Tous ces caractères n'ont, surtout au début de l'affection, rien de pathognomonique, aussi doit-on les différencier de toutes les lésions que l'on rencontre souvent sur le talon et avec lesquelles il est possible de les confondre.

Les cornes sont des excroissances épidermiques se développant chez le vieillard sous l'influence de frottements répétés : « Cette lésion reste le plus souvent inoffensive, mais si on irrite la base de ces cornes, on enflamme la peau et on l'ulcère ; il y a alors un cancroïde épidermique. » (Broca.)

On doit surveiller ces productions et en éviter leur irritation et ulcération.

La chéloïde se développe sur des cicatrices. Elle se développe dans l'épaisseur du derme. Elle a une forme

étoilée, une surface unie, un aspect allongé. Enfin elle se rencontre surtout chez les jeunes. Tous ces caractères la différencient de l'épithélioma.

Les enchondromes sont arrondis, n'adhèrent pas à la peau, rares au talon et s'ulcèrent rarement.

Les sarcomes se forment surtout aux dépens des tendons. Ils évoluent très rapidement, envahissent de bonne heure les ganglions de la région, sont plus fréquents chez les adultes.

Ils sont plus volumineux, plus irréguliers et respectent la peau pendant longtemps.

Le carcinome est très rare, et quand il existe prend la forme encéphaloïde avec tendance à la télangiectasie.

A une période avancée le diagnostic est facile, au début au contraire il est rempli de difficultés.

Quand l'épithélioma s'est ulcéré on doit éviter de le confondre avec un lupus. Celui-ci existe surtout chez les jeunes. Les manifestations cutanées ulcéreuses de la bacillose sont en général multiples. Elles ne reposent pas sur une base indurée, ont un fond rougeâtre. Elles présentent des bords mous, amincis, décollés, et creusent moins que l'épithélioma.

Les ulcérations syphilitiques ont pu prêter à confusion. Le chancre, par son espèce et sa consistance, ressemble à l'épithélioma. Mais il s'accompagne d'adénite rapide, il disparaît assez vite, et est remplacé par la roséole. Il suffit d'y penser pour éviter l'erreur de diagnostic.

L'ulcération des gommes syphilitiques est arrondie, peu indurée, à marche rapide ; le fond de l'ulcère est pseudo-membraneux, humide, produisant un pus verdâtre.

Malgré tous ces signes différentiels, la confusion entre

les deux affections est possible. Aussi croyons-nous que, de même que pour le cancer de la langue, il est bon d'essayer un traitement d'épreuve.

Un traitement mixte très intense à l'huile grise et à l'iodure de potassium sera institué pendant quinze jours : la gomme ulcérée s'améliore très rapidement sous son influence.

La lésion épithéliomateuse s'accroît au contraire.

Aussi doit-on éviter de prolonger une pareille médication. Elle ne peut qu'aggraver l'épithélioma. Celui-ci est en effet très sensible à l'action du mercure et surtout de l'iodure de potassium.

Cette méthode n'est donc qu'un pis aller et ne sera employée que lorsque le diagnostic entre l'épithélioma et les gommes syphilitiques ulcérées sera impossible.

PRONOSTIC

Le pronostic des épithéliomas du talon est relativement bénin. Rarement il entraîne la mort par sa généralisation. Sa marche est habituellement très lente et n'entraîne qu'à la longue des troubles sur la santé générale.

Mais c'est une lésion qui ne peut guérir spontanément. De plus son siège immobilise le malade, et fait de lui un impotent.

Il est de plus assombri par la possibilité de voir l'épithélioma récidiver après son ablation. Sa récidivité dépend de deux facteurs dont il faut tenir compte :

1° Le traitement auquel on aura soumis la tumeur.

2° Sa précocité plus ou moins grande.

TRAITEMENT

Considéré comme une affection cutanée, l'épithélioma du talon a été traité par des procédés médicaux jusqu'à une époque relativement récente.

D'abord traitement interne par l'opium, la belladone, l'arsenic, les sels de fer et de cuivre. A une période plus récente on eut recours aux caustiques : la potasse, la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure ont été successivement utilisés.

C'est surtout lorsque ces traitements étaient en usage, que le *noli me tangere* des anciens devait être accepté. Tous ces caustiques sont non seulement nuisibles, mais encore dangereux. Ils précipitent la marche du néoplasme.

Actuellement deux méthodes se partagent la faveur des praticiens : la radiothérapie, l'intervention chirurgicale.

I. — Les épitholiomas superficiels et peu étendus semblent être quelquefois heureusement influencés par l'action des rayons Rœntgen. On a obtenu quelques résultats satisfaisants, mais les récidives sont relativement fréquentes.

II. — Les épithéliomas sous-cutanés ayant traversé

l'épaisseur de la peau peuvent aussi être traités de la même façon. Il faut que la lésion ne soit pas située à plus de 3 centimètres sous le tégument cutané.

III. — Pour éviter les récidives, on a associé la radiothérapie à l'intervention sanglante, de façon à pouvoir agir sur les plans profonds.

IV. — Enfin on a proposé comme unique traitement l'opération. Celle-ci varie encore suivant les praticiens. Certains n'ont pas hésité à faire l'opération radicale, l'amputation des membres ; d'autres au contraire se sont contentés d'une opération économique.

Voici les statistiques de Rud Volkmann, augmentées de celles de Michael et de Max von Brunn.

Sur 117 opérations radicales (amputations de jambe) pratiquées pour des épithéliomas du pied : 38,5 0/0 de guérisons définitives et 25,7 0/0 seulement de récidives.

Sur 98 opérations économiques pratiquées pour des affections de même nature : 28,6 0/0 de guérison durable et 50 0/0 de récidives.

Ainsi donc, d'après les statistiques : chiffre presque double de récidives pour les opérations économiques.

C'est dire que l'opération favorable et vraiment indiquée semble être ici l'amputation de la jambe et l'amputation au lieu d'élection.

Lorsque l'épithélioma est très ancien, lorsqu'il a envahi le pied et la jambe, lorsqu'il a dépassé les aponévroses profondes et se trouve tout près de l'os, aucune hésitation n'est possible. On doit sans hésiter pratiquer l'amputation.

Il n'en est plus de même lorsque l'épithélioma est localisé et ne s'est pas encore généralisé. Car il ne faut pas oublier que pour ce néoplasme du talon la généralisation

n'est pas la règle; et lorsqu'elle se fait ce n'est que très tard.

Supprimer un membre dans ces cas nous paraît inutile.

Dans le cas de M. Paul Berger dont nous rapportons l'observation, l'éminent chirurgien s'est contenté de faire très largement, jusqu'en plein tissu sain, l'ablation des parties molles et de supprimer le calcanéum.

Deux ans après l'intervention on n'avait pas encore constaté de récidive.

Dans le cas inédit que nous citons, notre maître M. le professeur Soubeyran s'est contenté de faire l'exérèse des parties atteintes par l'épithélioma : il y a 10 mois que l'opération a été faite et nous savons qu'aucune récidive ne s'est produite.

Aussi concluons-nous, malgré les statistiques des auteurs allemands, que l'amputation de la jambe ne doit pas être pratiquée systématiquement et que, dans de nombreux cas, l'opération conservatrice et économique suffit à donner des guérisons durables et permettent de conserver le membre du malade.

CONCLUSIONS

I. — L'épithélioma du talon sans être fréquent n'est pas exceptionnel. Il se rencontre surtout chez les gens d'un certain âge.

II. — C'est une néoplasie à marche lente, n'entraînant que très tard des phénomènes généraux de cachexie.

III. — L'étiologie en est très obscure. L'observation nous montre que les lésions antérieures du talon jouent un rôle encore mal déterminé mais incontestable. Le mal perforant, les troubles trophiques, les durillons, les escarres, les brûlures, les ulcères, les cicatrices, les plaies de toutes sortes, sont très souvent constatés avant l'apparition de l'épithélioma.

IV. — Il a peu de tendance à infecter les ganglions, malgré sa marche progressive ; la récidive n'est pas exceptionnelle.

V. — La néoplasie prend naissance aux dépens des assises profondes du corps de Malpighi.

VI. — La marche lente et son peu de vitalité permettent une action chirurgicale efficace. L'amputation du membre ne doit pas être pratiquée systématiquement. Dans beaucoup de cas l'exérèse étendue permet d'obtenir la guérison complète.

VII. — La généralisation ne se voit presque jamais.

BIBLIOGRAPHIE

Ledran. — Mémoires de l'Académie de chirurgie, t. III. Paris, 1757.

Bayle et Cayrol. — Dictionnaire des sciences médicales, t. III, 1827.

Signorani. — Gazette des Hôpitaux, 1840.

Nélaton. — Eléments de pathologie chirurgicale.

Mayor. — Tumeur épidermique.

Michon. — Du cancer cutané.

Hannover. — Das epitheliomas Lyps, 1852.

Robin. — Considérations sur les lésions des glandes sudoripores. Gazette des Hôpitaux, 1853.

Paget. — Traité des tumeurs, 1852.

Verneuil. — Maladie des glandes sudoripares. Archives générales de médecine, 1854.

Heurteaux. — Du cancroïde en général. Th. Paris, 1860.

Tillaux. — Névromes multiples faux. Th. d'agrég., 1866.

Dubuclet. — Essai de l'épithélioma du pied. Th. Paris, 1874.

Jansion. — Epithélioma des cicatrices.

Daville. — Epithélioma des orteils. Th. Paris, 1880.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Blum. — Chirurgie du pied, 1888

Broca. — Cancroïdes cutanées, 1889.

Helle (Victor). — Tumeurs du calcanéum. Th. Paris, 1896.

Bouche (Gustave). — Epithélioma du dos de la main. Th. Paris, 1906.

Berger (Paul). — Epithéliome du talon. Rev. de chirurgie, 1908.

Dubois-Havenith. — Vaste épithélioma végétant du talon. Presse médicale, 1910.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juillet 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juillet 1910.
Pour le Doyen,
L'Assesseur Délégué,
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!